

**UNIVERSIDAD PONTIFICA BOLIVARIANA SECCIONAL BUCARAMANDA
ESCUELAS DE CIENCIAS SOCIALES
ESPECIALIZACION EN PSICOLOGIA CLINICA**

**REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA EN CREENCIAS IRRACIONALES
ASOCIADAS A HABILIDADES SOCIALES EN UN CASO DE OBESIDAD
MÓRBIDA
“Caso Clínico Enfoque cognitivo conductual”**

**INFORME PRACTICA COMO REQUISITO PARA OPTAR EL TITULO DE
ESPECIALIZACION EN PSICOLOGIA CLINICA**

KARINA HERNANDEZ ROLONG

**BUCARAMANGA
2015**

**UNIVERSIDAD PONTIFICA BOLIVARIANA SECCIONAL BUCARAMANDA
ESCUELAS DE CIENCIAS SOCIALES
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA EN CREENCIAS IRRACIONALES
ASOCIADAS A HABILIDADES SOCIALES EN UN CASO DE OBESIDAD
MÓRBIDA**

“Caso Clínico Enfoque cognitivo conductual

**EN LA MODALIDAD DE MONOGRAFÍA COMO REQUISITO PARA OPTAR EL
TÍTULO DE ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

KARINA HERNANDEZ ROLONG

ASESORA

Psic.Esp. ADRIANA DEL PILAR BLANCO CASELLES

BUCARAMANGA

2015

NOTA DE ACEPTACIÓN _____

PRESIDENTE DEL JURADO _____

JURADO 1 _____

JURADO 2 _____

**BUCARAMANGA
2015**

Contenido

Resumen.....	7
Abstract.....	8
Introducción	9
Objetivo General	11
Objetivos Específicos	11
Referente conceptual	12
Metodología	17
Población.....	17
Muestra	17
Técnicas e instrumentos de evaluación.....	17
Hipòtesis	19
Resultados	20
Población total.....	20
Formulación del caso clínico	22
Datos demogràfics	22
Motivo de consulta	22
Anàlisis Funcional	22
Evaluaciòn Psicològica	24
Propuesta de intervenciòn Terapèutica	26
Plan de Tratamiento	27
Discusiòn	29
Conclusiones	31
Recomendaciones.....	32
Referencias.....	33
Anexos	34

Anexo 1. Consentimiento informado.....	35
Anexo 2. Formato de recepcion de casos.....	36
Anexo 3. Formato de historia clinica.....	39
Anexo 4. Formato de autorregistro de pensamientos negativos	46
Anexo 5. Consentimiento informado prubea psicològica.....	47
Anexo 6. Inventario de depresion de Beck	48
Anexo 7. Inventario de ansiedad de Beck.....	52

AGRADECIMIENTOS

A Dios por dirigir mi vida y obtener un nuevo logro

A mis padres porque siempre me apoyan y me dan la fortaleza en los caminos que decido emprender.

A mi esposo y mis hijos por todo su apoyo y comprensión durante el tiempo que duró la especialización.

A la Universidad Pontificia Bolivariana por brindarme la enseñanza adquirida y obtener los logros de una buena educación.

A la Asesora de Prácticas por su orientación y colaboración en transmitir sus conocimientos.

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: Reestructuración Cognitiva en creencias irracionales asociadas a habilidades sociales en un caso de obesidad mórbida.

AUTOR(ES): Karina Hernández Rolong

FACULTAD: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR(A): Adriana del Pilar Blanco Caselles

RESUMEN

La presente monografía se desarrolla a través de la intervención psicológica de un caso clínico realizado en el hospital San Eduardo de Aguachica (Cesar), a través de encuentros con consultantes semanales y aplicando pruebas psicológicas con enfoque cognitivo-conductual. La población estuvo conformada por 18 personas en edades comprendidas de 10 a 45 años las cuales se realizó la evaluación a través de entrevistas Semi-estructuradas, observación y aplicación de pruebas psicológicas. El estudio de caso responde a una mujer con ciclo vital de adulto joven con veintisiete (27) años de edad, presenta malos hábitos alimenticios y dificultades en las habilidades sociales, baja autoestimas e inseguridad. Finalmente se establecieron ocho (8) sesiones y se evidenciaron los logros a través de las técnicas empleadas en entrenamiento en solución de problemas, reestructuración cognitiva, proyección en el tiempo, psico-educación, auto control.

PALABRAS CLAVES:

Obesidad Mórbida, Autoestima, Reestructuración Cognitiva, tratamiento cognitivo conductual, habilidades sociales.

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: Cognitive Restructuring irrational beliefs associated with social skills in a case of morbid obesity.

AUTHOR(S): Karina Hernández Rolong

FACULTY: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR: Adriana del Pilar Blanco Caselles

ABSTRACT

This monograph is developed through psychological intervention of a clinical case done in the hospital of San Eduardo Aguachica (Cesar), through weekly meetings with consultants and applying psychological tests with cognitive - behavioral approach. The population consisted of 18 people ranging in age from 10 to 45 years, which the evaluation was conducted through semi -structured interviews, observation and application of psychological tests. The case study responds to a woman with adult life cycle with twenty-seven (27), has poor eating habits and difficulties in social skills, low self-esteem and insecurity. Finally, eight (8) sessions were established, and the achievements were evident through the techniques used training in problem solving, cognitive restructuring, projection in time, psi coeducation, self-control.

KEYWORDS:

Morbid obesity, esteem, cognitive restructuring, cognitive behavioral therapy, social skills.

INTRODUCCIÓN

El presente estudio hace referencia a un caso clínico en referencia a la obesidad y sus consecuencias emocionales tales como la depresión, ya que esta es una enfermedad crónica, caracterizada por el aumento de la grasa corporal, asociada a mayor riesgo para la salud y radica en un desequilibrio entre el aporte calórico de la ingesta y el gasto energético dado por el metabolismo basal y la actividad física (OMS, 2012).

Dentro del estudio de caso clínico, fue realizado en el Hospital San Eduardo del Municipio de Aguachica-Cesar, ubicado en la Carrera 32 N° 10 Norte -97, que tiene como misión satisfacer las necesidades de salud de los **clientes/usuarios/pacientes**, apoyados en la autonomía, responsabilidad administrativa y estrategias competitivas, con un equipo con talento humano altamente calificado y motivado; y la Visión del Hospital San Eduardo, está basada en el año **2020** serán líderes en servicios de primer y segundo nivel de atención en salud, con calidad y proyección nacional mediante la creación y fortalecimiento de una red integral de servicios. El acompañamiento en la intervención terapéutica tuvo una intensidad horaria de ciento veinte horas (120), en el horario de lunes a jueves de 6:30 a 9:30 en el consultorio cuatro (4) que se encontraba dotado de un computador y su locatividad física estaba adecuada. La población que llegaba a la consulta presentaban diferentes problemáticas relacionadas como abuso sexual, controles del embarazo, bajo rendimiento académico en los niños, problemas comportamentales, ansiedad y depresión para lo cual, se atendieron 18 casos en edades de 10 a 45 años de edad, remitidos por el Médico general y que se encontraran en el Régimen Subsidiado de Caprecom y Asmetsalud dentro de los niveles 1 y 2.

El enfoque que se tuvo en cuenta en la intervención terapéutica fue el Cognitivo conductual y de acuerdo al modelo; resulta útil, teniendo en cuenta los factores de riesgo asociado: relaciones interpersonales que generalmente resultan ser mal-adaptativas o disfuncionales

De igual manera, se escogió un caso clínico realizando ocho (8) sesiones durante todo el proceso de intervención y se emplearon instrumentos para la recolección de información en el proceso valorativo como entrevista Semi-estructuradas, genograma, historia clínica, técnicas de auto-control, reestructuración

cognitiva, análisis funcional, proyección en el tiempo, solución de problemas, habilidades sociales, psi-coeducación, aplicación de pruebas psicotécnicas (prueba de Beck ansiedad y depresión), auto registros.

La metodología empleada fue el análisis funcional descriptivo, para observar la conducta sistemática, y se caracteriza por la interacción del ambiente e identificar las variables para poder ejercer un control y lograr la intervención efectiva sobre las mismas, teniendo en cuenta los factores contextuales.

OBJETIVO GENERAL

Aplicar los conocimientos adquiridos en la especialización de psicología clínica a través de la intervención terapéutica de un caso clínico desde el enfoque cognitivo conductual en el hospital San Eduardo del Municipio de Aguachica-Cesar.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Elaborar la Historia clínica y Consentimiento informado a los consultantes atendidos en el hospital San Eduardo del Municipio de Aguachica.
- Realizar las evaluaciones de acuerdo a las pruebas psicológicas de Beck (ansiedad y depresión).
- Consolidar la información del Caso clínico de acuerdo a los datos encontrados en las sesiones terapéuticas, teniendo en cuenta las estrategias terapéuticas del enfoque.
- Evaluar los logros obtenidos de acuerdo al plan de tratamiento del caso escogido durante la práctica.

REFERENTE CONCEPTUAL

La Asociación Psiquiátrica Americana considera a la obesidad como una enfermedad médica: factor psicológico que altera el estado físico (DSM IV, 1998). La persona obesa puede sentirse sensibilizada por su aspecto, falta de confianza en sí mismo, con baja autoestima, con un concepto pobre de sí mismo. La sintomatología es la consecuencia de la condición de obesidad y no la causa. En el aspecto social y cultural, las personas pueden sufrir discriminaciones por el ideal de belleza y estética o discriminación para obtener trabajo. Bruch (1973) y Bender, (1993), defendieron los condicionantes psicógenos de la obesidad proponiendo dos tipos: Obesidad psicógena de desarrollo: La persona no diferencia entre el hambre y los estresantes emocionales. Obesidad psicógena reactiva: Se presenta normalmente en la edad adulta, como reacción a situaciones traumáticas intentando reducir la ansiedad y estabilizar la función emocional.

En la actualidad la clasificación más aceptada divide la obesidad en tres niveles: obesidad leve cuando el sobrepeso se encuentra entre 20- 40% sobre el peso ideal; obesidad moderada cuando está entre el 41-100% sobre el peso ideal; y severa cuando supera el 100% por encima del peso ideal (Stunkard, 1984).

Fairburn (1991), refiere la terapia cognitiva en las cogniciones, tanto en el origen de las alteraciones psicopatológicas como en el procedimiento de cambio terapéutico. El concepto cognición incluye ideas, constructos personales, expectativas, atribuciones, imágenes y creencias. La cognición no se refiere únicamente a los procesos intelectuales y al pensamiento, sino que abarca también patrones complicados de significado en los que intervienen entrecruzados emociones, pensamientos y conductas.

En relación a los trastornos de alimentación, las operaciones cognitivas se fundan en el esquema de procesamiento automático de pensamientos distorsionados como mensaje que genera y mantiene el ciclo de errores cognitivos. Los más frecuentes son la sobreestimación, la generalización, el pensamiento dicotómico y supersticioso.

En una primera fase con el paciente se realiza la auto observación con auto-registro, no sólo del comportamiento alimentario, sino también del procesamiento de la información. En una segunda etapa se introducen elementos de entrenamiento personalizado con el fin de incrementar las habilidades de enfrentamiento, por medio de técnicas de identificación de pensamientos disfuncionales, errores cognitivos, búsqueda de soluciones alternativas, técnicas

de distracción, relajación, programación de actividades y biblioterapia. (Stunkard y Wadden, 1992).

La obesidad, lejos de ser un problema estético, es un problema de salud importante por su papel como uno de los factores de riesgo para el padecimiento de enfermedades como la hipertensión, diabetes, artritis o los trastornos cardiovasculares en general. Pero además de su relación con las enfermedades físicas, la obesidad se presenta en la sociedad occidental, "obsesionada" por la delgadez, como un factor de riesgo para problemas de naturaleza psicológica como depresión, ansiedad, hostilidad, aislamiento, etc. (Hearherton, Nichols, Mahamedi y Keel, 1995; Bruce y Wilfley, 1996).

La obesidad ocasiona emociones negativas, que generalmente responde al poco autocuidado y preocupación por la imagen corporal debido a los malos hábitos alimenticios, proporcionado por un estilo de vida inadecuado e influenciado por las circunstancias socioculturales generando dificultades en habilidades sociales e impedimentos en las conductas asertivas por su condición de obesidad, Nigh & Nielsen, R. (2012).

Según Bayle y González(2003), el enfoque cognitivo conductual en el tratamiento de la obesidad, es considerado muy efectivo teniendo en cuenta el seguimiento y el impacto social, ambiental y psicológico y su relación con los hábitos alimenticios y comportamentales, resulta determinante la falta de ocio socialmente activo para conllevar una vida sedentaria donde una de las gratificaciones más importantes se encuentra en la comida y a estímulos estresantes frecuentes en el transcurso vital de una persona.

De acuerdo a Young y Cols, los conflictos surgen de la frustración de las necesidades básicas psicológicas en la infancia a través de los patrones actuales de experiencias adversas con los miembros de la familia o compañeros, trauma, o límites inadecuados y se perpetúan a través de las distorsiones cognitivas, patrones autodestructivos y estilos desadaptativo de afrontamiento, los cuales conducen directa o indirectamente a trastornos psicológicos y trastornos de personalidad que terminan en creencias y operan en el nivel más profundo de la cognición, por lo general fuera de la conciencia, y hacen a la persona psicológicamente vulnerable a desarrollar depresión, ansiedad, relaciones disfuncionales, adicción, trauma infantil, fobia social, abuso de sustancias, trastornos de la personalidad, trastorno de pánico con agorafobia y trastornos psicosomáticos, así como trastornos de la alimentación.

A nivel social se ha popularizado un sinnúmero de estereotipos que describen y generalizan la forma de ser de una persona con obesidad, como personas felices y extrovertidas, o como personas perezosas e incapaces; sin embargo se ha observado que pueden compartir algunos rasgos de personalidad, y se ha encontrado asociación entre sobrepeso y riesgo de sufrir un trastorno del Eje I o II del DSM-IV por la prevalencia en trastornos psiquiátricos destacando la ansiedad y depresión como los más frecuentes. Fassino & Cols (2013).

Según el DSM-IV, en los episodios depresivos típicos el enfermo sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. En el episodio depresivo leve, se denota el ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, además de al menos dos del resto de los síntomas enumerados anteriormente. Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo.

Una conceptualización adecuada en el tratamiento cognitivo consiste en entender la terapia como la "adquisición de habilidades adaptativas" que permiten al paciente enfrentarse eficazmente a sus problemas, superar su trastorno y mantener dichas ganancias en el tiempo. Meichenbaum, (1983).

Acorde a dicha conceptualización los objetivos terapéuticos en el proceso individualizado de la Terapia cognitiva, se enmarcan en identificar las habilidades deficitarias responsables del trastorno de forma que se conviertan en el focus de las estrategias de tratamiento, aplicar al paciente técnicas que le permitan adquirir dichas habilidades y produzcan el deseado cambio conductual adaptativo del paciente, "reestructuración cognitiva", realizar el tratamiento de la forma más eficiente posible y la estrategia de tratamiento acorde a dicha evaluación.

La adecuación de la técnica elegida en el tratamiento adquiere un carácter primariamente "educacional" (inicia un proceso de aprendizaje) para incrementar en el paciente sus propias habilidades adaptativas y el grado de control sobre su propia conducta y el medio ambiente. Cautela y Upper, (1975).

El terapeuta traduce los síntomas del paciente en términos de situaciones evocadores-pensamientos- afectos-conductas implicadas como primer paso; después detecta los pensamientos automáticos y su base de distorsiones cognitivas y por último genera hipótesis sobre los supuestos personales subyacentes, haciendo esto último basado en las distorsiones cognitivas más frecuentes, contenidos comunes (empleados en palabras "clave" o Expresiones del paciente), como defiende el paciente una creencia y de momentos asintomáticos o "felicis" del paciente (donde se suele confirmar el reverso del Supuesto Personal. Beck, (1979).

Los datos básicos para la terapia cognitiva consisten principalmente en las cogniciones de los pacientes, fundamentalmente a partir de los pensamientos automáticos. Los pensamientos automáticos se suelen recoger de tres fuentes principales: (1) informes orales del mismo paciente al expresar las cogniciones, emocionales y conductas que experimenta entre las sesiones y referidos a determinadas áreas problemáticas; (2) los pensamientos, sentimientos y conductas experimentados durante la terapia; y (3) el material introspectivo o de auto-registro escrito por el paciente como parte de las tareas terapéuticas asignadas entre las sesiones. (Beck, 1981).

De Igual manera las diferentes técnicas que se mencionan a continuación:

Autocontrol, por Albert Bandura (1969) quien afirma “la autorregulación es el control que tiene la persona sobre su propio comportamiento, lo que permite avaluar constantemente sus acciones y con ello, alcanzar sus metas, las ideas en las que se basa la autorregulación han sido incorporadas a una técnica terapéutica llamada terapia de autocontrol. Ha sido bastante exitosa con problemas relativamente simples de hábitos como comer en exceso y hábitos de estudio empleando los Auto-registros de conducta, la auto-observación requiere que anoten tipos de comportamiento, tanto antes de empezar como después. Este acto comprende cosas tan simples como contar cuántos cigarrillos se fuma en el día hasta diarios de conducta más complejos. Al utilizar diarios, tomamos nota de los detalles; el cuándo y dónde del hábito. Esto nos permitirá tener una visión más concreta de aquellas situaciones asociadas a nuestro hábito: ¿cómo más después de las comidas, con ciertos amigos, lugares?

La técnica de reestructuración cognitiva, reconoce la importancia que tiene aquello que se piensa en las emociones y la manera de actuar. Las personas tienden a interpretar de forma diferente una situación conflictiva y dependen de diversos factores individuales

(experiencias anteriores, como los propios miedos, las expectativas personales) y la manera de ver la situación, llevan a sentir diferentes emociones (miedo, seguridad) y las formas de comportarse ante diversas situaciones.

Entrenamiento en Solución de problemas:

Según Meichenbaum (1983), las habilidades que se proporcionan al paciente sirven para adaptarse a las demandas del medio ambiente y alteran las situaciones estresantes, por tanto son efectivas para la solución de problemas específicos, tales como las cognitivas (solución de problemas, control de pensamientos, auto-instrucciones, autocontrol, etc...); sociales (asertividad, etc.) o conductuales (control de respuestas emotivas...), de forma que su adquisición y modificación es efectiva para los problemas del paciente (mejoría).

Así mismo, Taylor & Marshall, (1977), refieren que en situaciones aversivas inescapables o en situaciones fisiológicamente disfuncionales, no existen a veces soluciones efectivas para dichos trastornos; en cuyo caso, nuestra labor como terapeutas consiste más bien, en suministrar al sujeto habilidades que le permitan un sistema más adaptativo, de forma que pueda controlar lo eficientemente posible el impacto de las mismas en su vida real; y en este caso, también podemos diferenciar entre las técnicas previamente mencionadas.

De igual manera, Maldonado, (1982), incluye un conjunto de técnicas que si bien, por si solas, no representan una solución efectiva, si deben y pueden utilizarse como elementos auxiliares de otras técnicas más efectivas (por ejemplo: el tratamiento de depresivos debe ser esencialmente cognitivo pero puede beneficiarse de la utilización de técnicas asertivas para mejorar su eficacia.

Psico-educación: consiste en un abordaje que enseña al afectado y su familia en qué consiste el trastorno, qué características tiene y qué se puede hacer para mejorarlo.

METODOLOGIA

Población

El desarrollo de la práctica en la especialización en psicología clínica se realizó en el Hospital San Eduardo del Municipio de Aguachica y se atendieron 18 consultantes en total, de los cuales 14 fueron del sexo femenino, correspondiente al 92% y el restante del sexo masculino con un 8% en edades comprendidas de 10 a 45 años de edad, el 70% de los consultantes se encontraban en unión libre, el 20% estaban separados y el 10% eran cabezas de hogar. En referencia a la escolaridad, el 80% eran analfabetas y el 10% se encontraban en carreras técnicas y universitarias y el 10% restante se encontraban culminando el bachiller.

Muestra

De 18 consultantes atendidos, se escogió un caso para la formulación del caso, teniendo en cuenta la permanencia, número de sesiones y cumplimiento de la consultante.

Técnicas de Evaluación:

Consentimiento Informado: Documento que le brinda claridad al consultante aspectos claros sobre la confidencialidad y resume el principio de voluntariedad del paciente, sus beneficios y compromisos.

Historia Clínica: Es un documento médico legal, el cual surge en el contacto entre el equipo de salud y los usuarios y contiene los datos demográficos del consultante, motivo de consulta, descripción del problema, observación general del consultante, antecedentes personales, diagnóstico y plan de tratamiento.

Inventario de Ansiedad de Beck: Es un cuestionario en escala que mide de manera auto informada el grado de ansiedad. Está especialmente diseñada para medir los síntomas de la ansiedad.

Inventario de Depresión de Beck: Es un cuestionario auto administrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión.

Entrevista Clínica: es un instrumento privilegiado se reúne información sobre la conducta, las actitudes y las emociones actuales y pasadas, además

de un historial detallado de la vida del individuo en general y del problema que presenta.

Recepción del caso: este procedimiento se realizaba, a través del diligenciamiento de un formato que contenía los datos demográficos del consultante, motivo de consulta y datos del acompañante y la descripción del problema.

De acuerdo a las técnicas empleadas durante la intervención psicológica encontramos: entrenamiento en solución de problemas, reestructuración cognitiva, análisis funcional, proyección en el tiempo, psi-coeducación. De igual manera, en el caso seleccionado de acuerdo a los criterios se realizó un total de ocho (8) sesiones durante todo el proceso; realizando el seguimiento respectivo quince (15) días después de haber terminado el tratamiento, y llamada telefónica después de pasado un (1) mes.

Para culminar se continuó con la consolidación de la información de la información obtenida a través del proceso terapéutico de la población (Ver anexos).

PROBLEMA E HIPÓTESIS

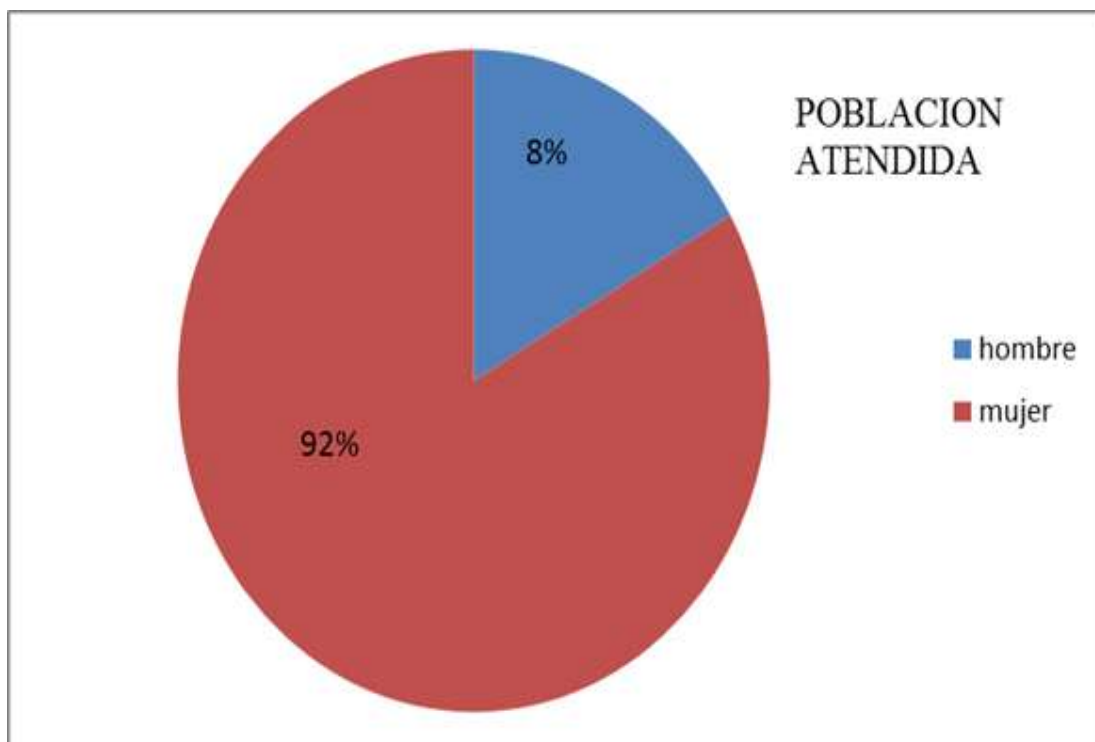
- ✓ La consultante rechaza su aspecto corporal, por lo que evita la relación interpersonal con los demás para no ser rechazada dentro de su contexto social.
- ✓ La baja autoestima refuerza la poca interacción social de la consultante, ocasionando mayor consumo de alimentos con altos niveles de grasa “salchipapas, perros calientes entre otros”.

RESULTADOS

Población total atendida.

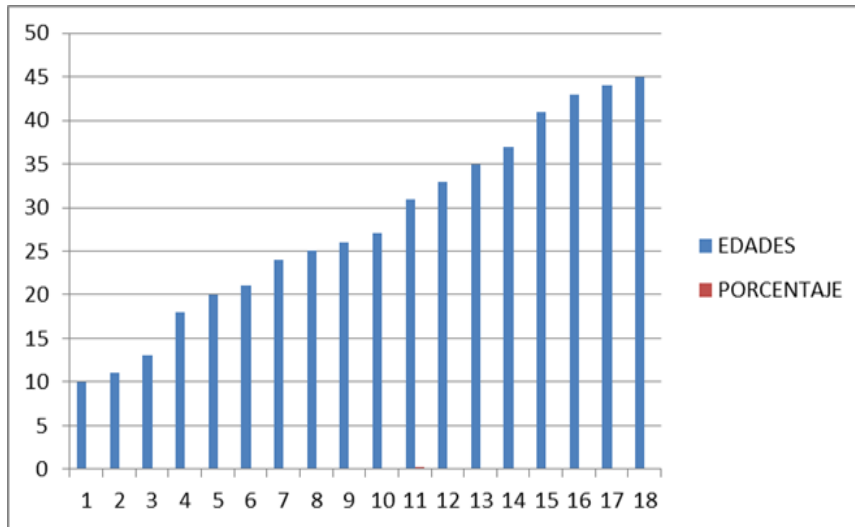
La población atendida en el Hospital San Eduardo estuvo conformada por dieciocho consultantes que se encontraban en estrato bajo y del régimen Subsidiado Caprecom y Asmetsalud, las edades estuvieron comprendidas entre los diez y cuarenta y cinco años en los horarios de lunes a jueves de seis y media a nueve y media de la jornada mañana, para lo cual se atendieron catorce mujeres y cuatro hombres, relacionadas con diferentes problemáticas como: maltrato intrafamiliar, abuso sexual, depresión sin síntomas psicóticos, ansiedad, controles de embarazo y bajo rendimiento académico, problemas de comportamiento.

Figura 1 Población Atendida



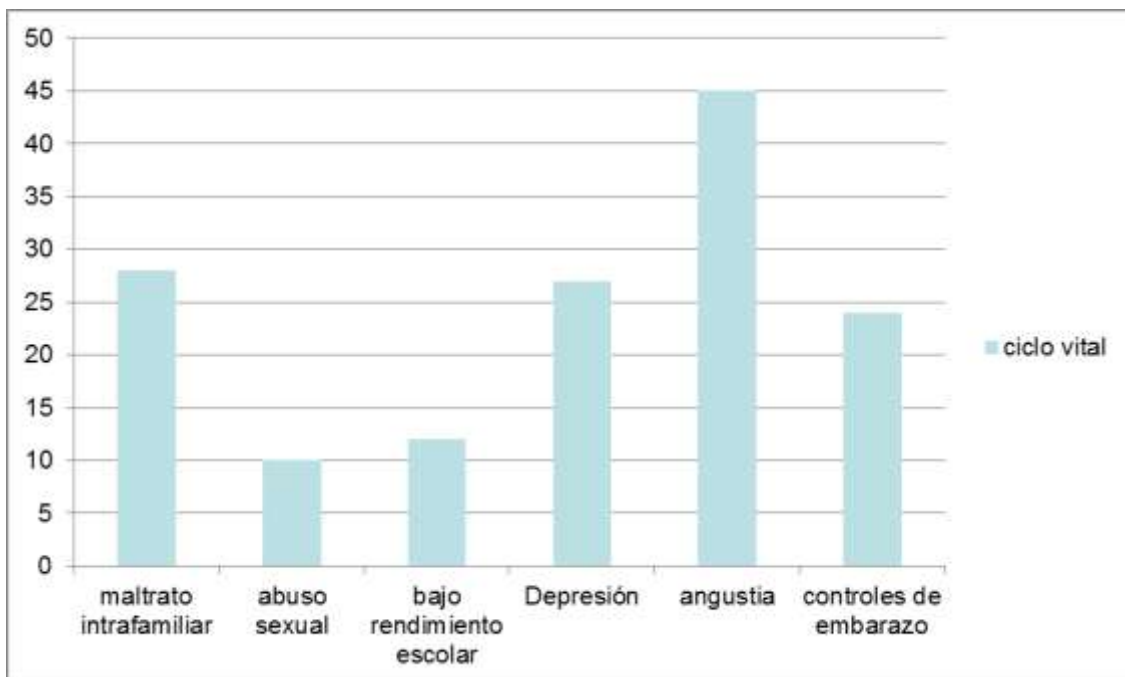
En la gráfica se puede observar que el 92% de la población atendida corresponde al género femenino y el 8% de los consultantes restantes del sexo masculino.

Figura 2. Edades de la Población Atendida



* Las edades de la población atendida corresponden entre los 10 y 45 años de edad*.

Figura 3. Motivo de Consulta

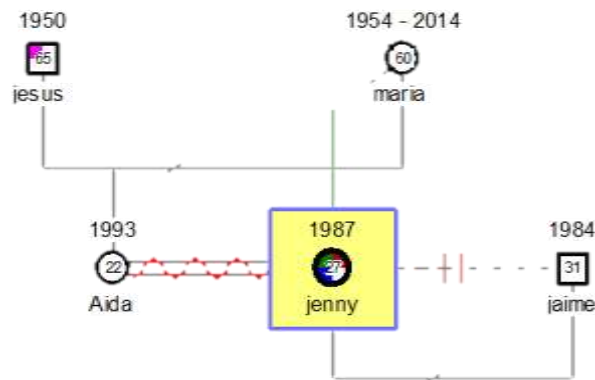


de acuerdo a los casos atendidos, se encontraban diferentes problemáticas relacionadas con maltrato intrafamiliar, abuso sexual, depresión sin síntomas psicóticos, ansiedad, controles de embarazo y bajo rendimiento académico, entre otros problemas de conducta.

FORMULACIÓN DEL CASO CLINICO

Datos demográficos

Mujer de veintisiete (27) años de edad, ocupación comerciante y realizó II semestres de Tecnología agropecuaria en la Universidad, su estado civil soltera, de estrato uno (1).



Motivo de Consulta: “asisto a control, ya que soy obesa, me siento fea y no confié en mí, tengo dificultades de hipertensión, problemas de columna, cuando camino me duele el pecho, a veces me siento ansiosa porque me dan muchas ganas de comer”.

ANALISIS FUNCIONAL

Estado sincrónico

La consultante presenta bajo concepto de autoimagen y auto-concepto, con mucha inseguridad se siente ansiosa porque se exige mucho en el control de las comidas, esto le genera frustración ya que vive muy pendiente de su cuerpo y del peso.

Ha disminuido el contacto social, por lo que sale poco de su casa, refiere que solo es cuando tiene cita con el médico por el tratamiento de la obesidad; presenta pocas interacciones sociales aunque comparte con amigos y familiares pero dentro de su vivienda, no asiste a fiestas u otro tipo de actividades que requieran interactuar socialmente, se siente triste por la pérdida de su padre y la ruptura amorosa, con la que tuvo una relación de diez

años y hubo poca actividad sexual. Manifiesta que su grupo de amigos todos son delgados, y que ella es la más fea del grupo.

Evaluación diacrónica

Factores predisponentes vulnerables:

A la edad de dieciséis (16) años, comenta que era muy popular dentro del grupo, mantenía un buen cuerpo, al parecer ejercía gran influencia el medio social en que se desenvolvía, durante su infancia y adolescencia era sobreprotegida por sus progenitores y demás familiares, de la cual se evidenciaba también en la etapa escolar, presentándose la misma situación por parte de profesores y amistades. Participaba mucho en actividades de belleza y reinados.

Manifiesta que a los veintidós (22) años inicia la universidad y en esa época fallece su padre, lo que no permite seguir estudiando y se dedica a ayudar a su madre con el negocio de comidas rápidas, actividad con la que inicia malos hábitos alimenticios proporcionando sobrepeso; establece una relación amorosa basada en la amistad y seguridad, generándole dependencia emocional, sintiendo frustración por el temor a ser rechazada por su pareja en el acto sexual y mantiene poca actividad en esta área. De igual manera, al enterarse que era un hombre casado intensifica el duelo mal elaborado de su padre y la pérdida amorosa de su pareja.

Descripción del problema

Consultante de 27 años de edad, quien padece de obesidad mórbida, lo que al parecer le ha ocasionado dificultades en la salud, como hipertensión arterial, problemas de gastritis, bajo concepto de sí-mismo, inseguridad en las habilidades sociales, siente rechazo al no aceptar su cuerpo, tiende a mostrarse ansiosa por sus malos hábitos alimentarios, lo que genera emociones como tristeza y excesivo control por mantener su peso. De igual manera, al parecer se ha aislado socialmente ya que ha disminuido su frecuencia al salir a eventos sociales por temor al rechazo debido a su condición actual de obesidad.

Historia personal

La consultante, se desarrolló en una familia nuclear, conformada por su padre quien fallece hace 05 años; la madre de 61 años de edad, de ocupación en ventas de comida rápida y

su hermana de 22 años de edad, quien es estudiante de contaduría en la universidad, la relación con cada uno de los miembros del hogar es funcional; sin embargo con su hermana es hostil.

Historia prenatal: embarazo deseado y planeado.

Historia Post-natal: parto por cesárea, por presentar complicaciones.

Infancia: conducta sobreprotectora por sus padres y tíos "yo era el centro de atención de mi familia y en la institución educativa".

Adolescencia: manifiesta " los docentes me consentían, tenía un bonito cuerpo, hasta participaba en reinados escolares y era muy popular en el colegio, y querida por mis amigos".

Relaciones Sexuales: inicia a los veintidós años con su pareja, con quien tuve una relación durante 10 años en la cual manifiesta que hubo poca actividad sexual, ya que esta relación se basaba en la amistad, en el acto sexual apagaba la luz por temor al rechazo por parte de su pareja.

Descripción sincrónica

La consultante manifiesta sentimientos de inutilidad y desesperanza, baja autoestima, cambio en los hábitos alimenticios caracterizados por el aumento de alimentos con altos niveles de grasa, dificultad para conciliar el sueño y pérdida de placer en actividades habituales disminuyendo la frecuencia en las actividades sociales.

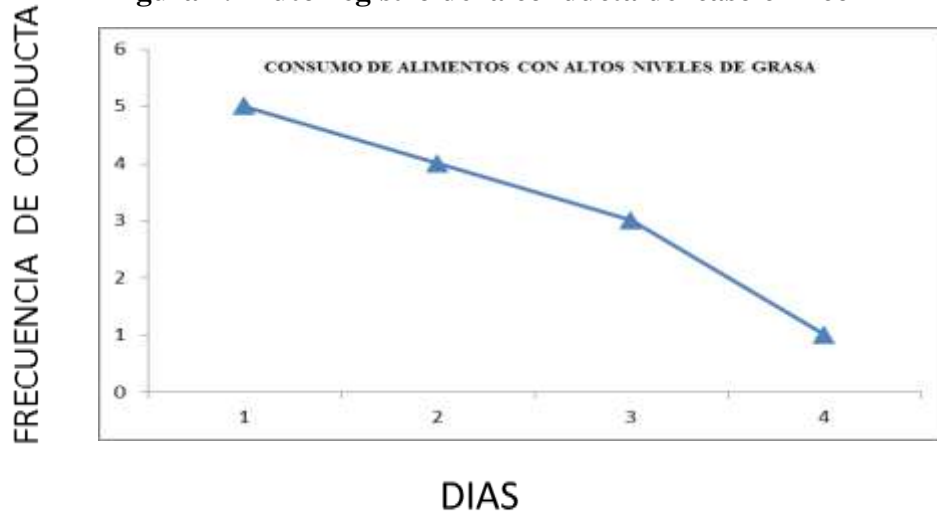
Contexto

Trabaja de manera independiente, en su propio negocio, en ventas de muñequería y detalles realizados por ella misma, esta actividad comercial es realizada desde su hogar, reforzando negativamente la falta interacción social.

La paciente tiende a gastar sus ingresos mensuales en los regalos al grupo de amigos en búsqueda de aceptación y al temor a ser excluida del grupo.

Para llevar a cabo la Evaluación psicológica, se emplearon varias técnicas como el Autor registro de la conducta teniendo en cuenta la frecuencia del consumo de alimentos altos en grasa como: salchipapas, perros calientes, hamburguesas.

Figura 4. Auto-registro de la conducta del caso clínico



se puede observar la frecuencia en el consumo de alimentos, y las situaciones en que se presentaba, que permitían mayor ingesta.

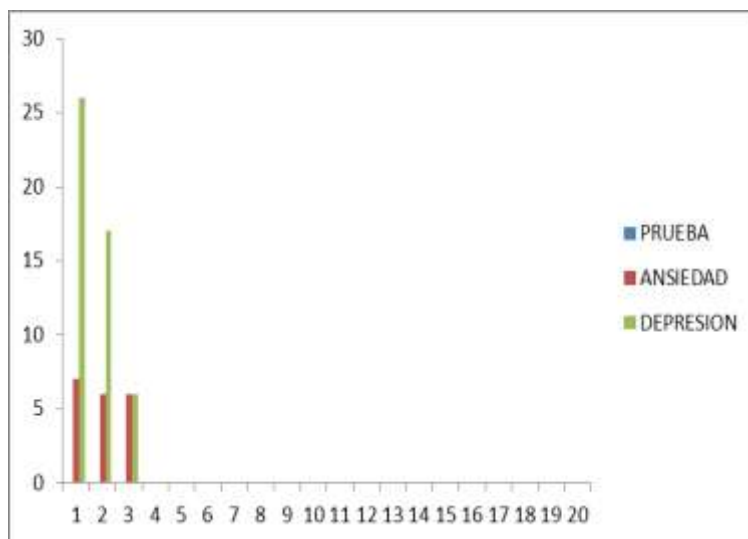
Prueba psicotécnica

Prueba de Ansiedad de BAI y Depresión BDI-II (Beck), estos cuestionarios constan de 21 ítems cada uno y mide la severidad de la depresión y ansiedad en adultos y adolescentes mayores de 13 años. Son uno de los cuestionarios más utilizados dentro del campo de la psicología a la hora de medir la severidad de la depresión y ansiedad.

Los cuestionarios tiene una duración de 10 minutos para diligenciar y rellenar los campos y el resultado es una puntuación directa que oscila entre 0 y 63 marcándonos la severidad de la depresión desde leve hasta una depresión grave, este fue realizado al inicio, durante y finalizando el proceso terapéutico de las cuales arrojaron los siguientes resultados.

PRUEBA	ANSIEDAD	DEPRESIÓN
INICIAL	7	26
DURANTE	6	17
FINALIZADO	6	6

Figura 5. Prueba de Beck (ansiedad y depresión)



se puede observar que al inicio que hubo una disminución al final del tratamiento de la depresión.

Intervención terapéutica

Durante las primeras tres sesiones, la consultante se encontraba en su apariencia física de una persona triste, cabizbaja y con un tono de voz bajo, vestía bien arreglada con buena presentación personal e higiene, su afecto era plano, su pensamiento con ideas negativas e irracionales acerca de si-misma.

Su lenguaje era coherente y coloquial; su conciencia era funcional. Sin embargo, presentaba buena atención y atendía ante las preguntas realizadas, con buena memoria. Se encontraba orientada temporo- espacialmente, su conducta alimentaria se manifestaba alterada por el aumento de control, derivado de su obesidad mórbida.

Se realizó la historia clínica y se diligenció el consentimiento informado, para la evaluación psicológica se inició con la entrevista Semiestructurada, la observación y el auto-registro y la prueba de ansiedad y depresión de Beck, psi coeducación y la importancia de trabajar con un equipo interdisciplinario que fueron de gran utilidad para el logro del proceso terapéutico.

En la cuarta sesión se le orienta acerca del Modelo cognitivo conductual, y se realiza el plan de tratamiento, teniendo en cuenta los objetivos de la terapia los cuales se basaron en:

- Modificar pensamientos irracionales frente al auto-concepto, imagen corporal, autoestima y demanda afectiva social.
- Disminuir los sentimientos de autocontrol que generan ansiedad.

- Fortalecer en el paciente nuevas formas en entrenamiento en habilidades sociales, asertividad, entrenamiento en solución de problemas.

Para lo cual, se tuvo en cuenta el diagnóstico según el DSM-V correspondiente a otro trastorno depresivo no especificado F32.9, y la evaluación Multiaxial según el DSM-IV en sus diferentes ejes:

Eje I: F-43.20 trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo.

Eje II: diferido

Eje III: E-66 obesidad; K-297 gastritis no especificada

Eje IV: Z-63 otros problemas relacionados con el grupo primario de apoyo; Z-64 muerte del padre.

EJE V: EEAG Funcional

En las siguientes sesiones, se retroalimenta con la psicoducción y se acompaña con las técnicas de reestructuración cognitiva para las ideas irracionales frente a la enfermedad de obesidad mórbida, se lee la carta realizada por la paciente frente a la proyección en el tiempo y en cuanto a la problemática interiorizada por la consultante, para darle pautas desde la tarea más fácil a la más difícil. Así mismo, se le aplica nuevamente la prueba de Beck de ansiedad y depresión, para revisar los avances obtenidos dentro del tratamiento terapéutico. Esta técnica permitió una interacción fluida y se logró que la consultante cuestione sus pensamientos desadaptativos, de modo que logre sustituir por otros más apropiados.

Plan de tratamiento del caso clínico

El Tratamiento se realizó teniendo en cuenta una serie de técnicas cognitivo conductual enfocado en los objetivos de la terapia, dirigido a brindar entrenamiento en habilidades sociales y se emplearon diferentes métodos:

- Psicoducción: para ello, se brindó Información sobre la obesidad, esta se realizó en un periodo de dos sesiones, brindando pautas acerca de la enfermedad y las variables asociadas a la misma, estableciendo la adhesión del tratamiento por parte del paciente, y a su vez, incrementar el grado de motivación. De igual manera, se tuvo en cuenta el trabajo articulado con la

nutricionista de acuerdo a la dieta equilibrada que esta formulada y a las recomendaciones médicas para disminuir el sedentarismo al que se encontraba.

- Autocontrol: esta técnica se relacionaba con la ingesta y se utilizó el auto registro en cuanto al control en el consumo de los alimentos y las situaciones en que se presentaba, para que tomara conciencia de esos momentos, y hubiese aumento de actividad física, de igual manera, se le sugirió cambiar los hábitos alimenticios tales como: comer despacio, utilizar platos pequeños, teniendo en cuenta las metas anteriormente establecidas por la consultante.
- Entrenamiento en habilidades sociales, a través de comportamientos asertivos por medio de refuerzos y retroalimentación por parte de la familia y grupo de amigos quienes ejercían influencia en la consultante. Para ello, se trabajó en las respuestas de la consultante ante las diversas críticas, y la manera de inhibirse ante situaciones que le generaban ansiedad sobre todo en el control del consumo de comidas con altos niveles de grasa.
- Reestructuración cognitiva, para ello se tuvo en cuenta los pensamientos negativos e irracionales relacionados con la conducta de ingesta y de acuerdo a la obesidad, por lo que se inició con modificar dichos pensamientos, explicándole a la consultante los pensamientos erróneos y la influencia de estos en su conducta, a través de ejemplos comunes y utilizados por la consultante. “soy gorda y eso no va a cambiar”, “todos me rechazan por eso no salgo ni me tomo fotos”; sustituyéndolos por otros pensamientos realistas y positivos.
- técnica de Solución de Problemas, se utilizaron ejemplos de la vida cotidiana, identificando las situaciones problema, y las influencias que ejercían en la conducta, al igual que los pensamientos y a quienes afectaba, a través de diversas alternativas. Tales como; una carta escrita por la consultante donde brindaba soluciones de cambio, a través de la selección de alternativas, para ello se iniciaron desde las más fáciles a la más difícil, evaluándose los resultados a través de los logros obtenidos por la consultante.

Los logros obtenidos en cada sesión se reflejaron en la conducta actual de la consultante donde hubo mejoría en su imagen corporal, asimismo; se encuentra motivada para realizarse la intervención quirúrgica del Bypass e inició asistiendo a reuniones sociales y se vinculó a nuevas redes de apoyo en la página del Facebook “Bariátricos Exitosos”, en el área escolar se matriculó en el Sena para culminar sus estudios tecnológicos. Por otro lado hubo modificación de pensamiento de acuerdo al concepto de si-misma y la aceptación de su cuerpo.

Discusión

Los resultados obtenidos durante el proceso de la intervención terapéutica se establecieron que la mayor parte de la población obtenida pertenece a los estratos bajos de los barrios que se encuentran con diversas problemáticas sociales en el Municipio de Aguachica-Cesar.

En referencia al caso clínico, la obesidad Mórbida que es la enfermedad que se encuentra relevante en la consultante con un sobrepeso de 50 kilos frente a lo normal; guarda una gran relación con los trastornos del estado de ánimo, afectando la autoestima, las habilidades sociales, autocontrol y solución de problemas.

El entrenamiento asertivo en sujetos depresivos, puede producir cambios en sus relaciones que proporcionan una mejoría en el consultante (Maldonado 1982,1984). De igual manera, se puede emplear la graduación de tareas en sujetos depresivos (Beck 1979), por lo que normalmente se conceptualicen dichas técnicas como "cognitivo-conductuales", esta no constituye una limitación sino más bien ilustra la actitud más comprensiva de los teóricos cognitivos que conciben el aprendizaje como primariamente determinado en procesos cognitivos, pero que al mismo tiempo engloba otro conjunto de componentes (y por tanto de estrategias), que a veces producen una mejor "reestructuración cognitiva" del paciente que las propias intervenciones puramente cognitivas (Bandura, 1977), esta teoría refuerza las técnicas que fueron aplicadas en la consultante y de la cual se obtuvieron logros evidenciados como el desarrollo de habilidades sociales relacionadas con interactuar en otros ámbitos de su vida social, retomo sus actividades escolares en el Sena del Municipio y reanudó sus actividades sociales en fiestas y reuniones con otro grupo de amigos. De igual manera, hubo un cambio

en su imagen corporal, con el cuidado de su aspecto físico y la motivación para la intervención quirúrgica con el bypass, y el cuidado de su peso y control de ansiedad para la ingesta de comidas, se modificaron sus creencias en cuanto a la aceptación de su enfermedad actual creando una nueva red de apoyo en Facebook llamado “Bariátricos exitosos”.

Conclusiones

El enfoque cognitivo conductual resulta efectivo y eficaz en las dificultades de las habilidades sociales en la obesidad, permitiendo modificar la conducta y la relación que existe entre los pensamientos y emociones de acuerdo a los hábitos alimenticios.

El contexto puede ser determinante en el comportamiento de una persona con problemas de obesidad, teniendo en cuenta las características del núcleo familiar, los factores ambientales y los malos hábitos alimenticios a los que este expuesto de experiencias anteriores a los que se encuentra expuesto.

En los resultados obtenidos de la práctica clínica se logró evidenciar de acuerdo al caso escogido que no corresponde a un trastorno propiamente dicho, sino que hace parte de los estilos desadaptativo de afrontamiento., por lo que se requiere de la intervención terapéutica para mejorar en las dificultades de la vida cotidiana, a través de las técnicas y prácticas clínicas adecuadas de acuerdo a la problemática.

Recomendaciones

De acuerdo a la práctica clínica, se hace necesario ampliar el tiempo de prácticas, ya que este fue muy limitado para continuar con otras problemáticas de intervención terapéutica.

Resulta más efectivo en el tratamiento de esta problemática articular con el equipo interdisciplinario como la nutricionista y el médico durante el proceso terapéutico.

Contar con el apoyo de su contexto familiar y amistades que pueden constituirse en elementos facilitadores para que los cambios se mantengan.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Damasio, A. (2000). Sentir lo que sucede: cuerpo y emoción en la fábrica de la consciencia.

Santiago de Chile: Editorial Andrés Bello. S

Soriano C, G, K (2014), Terapia de Aceptación y Compromiso. México D.F

Ediciones Pirámides., (pp 87-95).

Asociación Estado-unidense de Psiquiatría (1995) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. S.A, Barcelona, (pp 323-380), edición Masson,

Beck, A. (2012), Terapia cognitiva de la Depresión, Madrid. (Pp.690-700)11 Edición Desclee De Brouwer,

Delgado F. (1999) Terapia de conducta y sus aplicaciones clínicas. New York, (pp. 176-198). Edición Desclee De Brouwer.

Labrador F (2004) Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta España. (PP. 506-528). Edición Pirámide.

ANEXOS.

Anexo 1. Formato de consentimiento informado.**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo _____, identificado/a con Documento de Cédula de Ciudadanía N° _____ por medio de la presente declaro que acepto recibir el acompañamiento Psicológico brindado por la Estudiante de Psicología en Especialización Clínica; donde me ha aclarado que se me aplicara una prueba Psicológica con su respectiva retroalimentación.

De igual forma, referimos que hemos sido informado por la Psicóloga Karina Hernández Rolong; de los objetivos de dicha prueba y sé que la información entregada es CONFIDENCIAL estipulado por la normatividad vigente según resolución N° 1995 de 1999 igualmente de la ley 1090 del 2006. Del mismo modo, comprendemos y aceptamos que durante dicha prueba no existe ni se va a recibir ningún tipo de retribución económica.

En constancia se firma en Aguachica (Cesar) a los días _____ del mes de _____ 2015.

FIRMA _____
Cedula _____
Firma _____

Psicóloga KARINA HERNANDEZ R.

Anexo 2. Formato de recepción de casos



Nº HISTORIA _____

FORMATO DE RECEPCION DE CASOS

FECHA DE RECEPCION

DIA

MES

1. DATOS DEMOGRAFICOS

Datos del Paciente

Nombres y Apellidos				Edad	Género	D. de Identidad
Lugar y Fecha de Nacimiento:			Dirección de Residencia			
Estrato	Nº teléfono Residencia		Nº teléfono de Celular			
Nivel de Escolaridad		Ocupación	Hecho Victimizante			
Remitido por		Etnia	Entidad Eps			
Mujer Cabeza de Hogar	LGTBI		DISCAPACITADO			

DATOS DEL ACUDIENTE (Otra persona en caso de Emergencia)

Nombres y Apellidos		Parentesco	Edad	Estado Civil
Dirección de Residencia		Nº de Teléfono		Dirección

Anexo 3. Formato de historia clínica



HOSPITAL LOCAL DE
AGUACHECA E.S.E.

NET 8240007852

N° HISTORIA



HISTORIA CLINICA

FECHA DE RECEPCION

DIA

MES

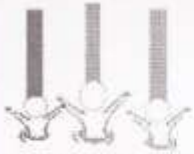
1. DATOS DEMOGRAFICOS

Datos del Paciente

Nombres y Apellidos:				Edad	Género	D. de Identidad
Lugar y Fecha de Nacimiento:						
Estrato	N° teléfono Residencia		N° teléfono de Celular			
Nivel de Escolaridad		Ocupación				
Remitido por		Etnia		Entidad Eps		
Mujer Cabeza de Hogar	LGTBI	Estado Civil	DISCAPACITADO		Religión	

2. DATOS DEL ACUDIENTE (Otra persona en caso de Emergencia)

Nombres y Apellidos		Parentesco	Edad	Estado Civil
Dirección de Residencia		N° de Teléfono		Dirección



HOSPITAL LOCAL DE
AGUACHICA E.S.E

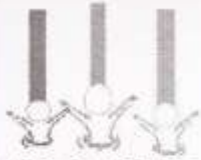
NIT. 8240007852

3. SITUACION DEL PACIENTE

MOTIVO DE CONSULTA

OBSERVACION GENERAL DEL PACIENTE (EXAMEN MENTAL)

Aspectos Relacionados al Motivo de Consulta



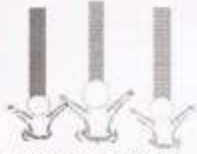
HOSPITAL LOCAL DE
AGUACHICA E.S.E

NET.8240007852

Historia de la Situación

Intentos Previos para Solucionarlo

Percepción de la situación del Paciente



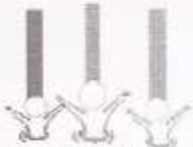
HOSPITAL LOCAL DE
AGUACHICA E.S.E

NET.8240007852



Aspectos Familiares (Genograma)

Observaciones Generales del Ambiente Familiar



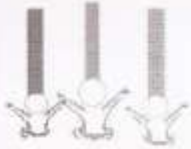
HOSPITAL LOCAL DE
AGUACHICA E.S.E

NIT. 8240007852

4. Antecedentes Personales

4. Antecedentes Médicos o Psiquiátricos

5. Historio Académico



HOSPITAL LOCAL DE
AGUACHICA E.S.E

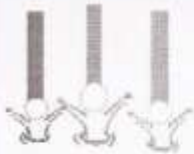
NET.8240007852



6. Área Social

7. Historia Laboral

II. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA (EVALUACIÓN MULTIAIXIAL)



HOSPITAL LOCAL DE
AGUACHICA E.S.E

NIT. 8240007852



12. PLAN DE TRATAMIENTO

NOMBRE DEL PROFESIONAL.....

FECHA.....

Anexo 4. Formato de auto-registro.



AUTO-REGISTRO

FECHA	SITUACIÓN	PENSAMIENTO AUTOMÁTICO	EMOCIÓN/ES	CONDUCTA
	<p>Describe:</p> <ol style="list-style-type: none"> Lo que ha pasado. Lo que estaba haciendo, pensando o imaginado. 	<ol style="list-style-type: none"> Escriba que pensamientos ha tenido. Valore cuánto ha creído en cada uno de ellos. (0-100%). 	<ol style="list-style-type: none"> Especifique qué ha sentido (tristeza, ansiedad, rabia, etc.). Valore la intensidad de cada emoción (0-100). 	<p>Especifique:</p> <ol style="list-style-type: none"> Lo que hace. Cuánto dura su conducta. Qué consecuencias tiene su comportamiento, qué pasa después.

Anexo 5. Formato de Consentimiento informado prueba psicológica



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, identificado/a con Documento de Cédula de Ciudadanía N° _____ por medio de la presente declaro que acepto recibir el acompañamiento Psicológico brindado por la Estudiante de Psicología en Especialización Clínica; donde me ha aclarado que se me aplicara una prueba Psicológica con su respectiva retroalimentación.

De igual forma, referimos que hemos sido informado por la Psicóloga Karina Hernández Rolong; de los objetivos de dicha prueba y sé que la información entregada es CONFIDENCIAL estipulado por la normatividad vigente según resolución N° 1995 de 1999 igualmente de la ley 1090 del 2006. Del mismo modo, comprendemos y aceptamos que durante dicha prueba no existe ni se va a recibir ningún tipo de retribución económica.

En constancia se firma en Aguachica (Cesar) a los días _____ del mes de _____ 2015.

FIRMA _____

Cedula _____

Firma _____

Psicóloga KARINA HERNANDEZ R.

Anexo 6. Inventario de depresión de Beck

Test de Depresión BDI-II

Instrucciones: Este cuestionario está formado por 21 grupos de frases. Por favor, lea cada grupo con atención, y elija **la frase** de cada grupo que mejor describa cómo se ha sentido durante **las últimas dos semanas, incluido el día de hoy**. Marque la casilla que está a la izquierda de la frase que ha elegido como respuesta a cada una de las afirmaciones del enunciado. Si dentro de un mismo grupo hay más de una frase que considere aplicable a su caso, rodee aquella que haya tenido una mayor frecuencia en las dos últimas semanas.

1) Tristeza

- No me siento triste
- Me siento triste la mayor parte del tiempo
- Estoy triste todo el tiempo
- Me siento tan triste o desgraciado/a que no puedo soportarlo

2) Pesimismo

- No estoy desanimado/a respecto a mi futuro
- Me siento más desanimado/a respecto a mi futuro que de costumbre
- No espero que las cosas se resuelvan
- Siento que mi futuro no tiene esperanza y que sólo irá a peor

3) Fracaso pasado

- No me siento fracasado/a
- He fracasado más de lo que debería
- Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos
- Creo que soy un fracaso total como persona

4) Pérdida de placer

- Disfruto tanto como antes de las cosas que me gustan
- No disfruto de las cosas tanto como acostumbraba
- Disfruto muy poco con las cosas que me gustaban

- No disfruto nada con las cosas que me gustaban

5) Sentimientos de culpabilidad

- No me siento especialmente culpable
- Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho
- Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo
- Me siento culpable siempre

6) Sentimientos de castigo

- No creo que esté siendo castigado/a
- Creo que puedo ser castigado/a
- Espero ser castigado/a
- Creo que estoy siendo castigado/a

7) Desagrado hacia uno mismo/a

- Tengo la misma opinión sobre mí que de costumbre
- He perdido la confianza en mí mismo/a
- Me siento decepcionado conmigo mismo
- No me gusto a mí mismo/a

8) Autocrítica

- No me critico o culpo más que de costumbre
- Soy más crítico/a conmigo mismo/a que de costumbre
- Me critico por todas mis faltas
- Me culpo por todo lo malo que sucede

9) Pensamientos o deseos de suicidio

14) Sentimientos de inutilidad

- No creo que yo sea inútil
- No me considero tan valioso y útil como de costumbre
- Me siento más inútil en comparación con otras personas
- Me siento completamente inútil

15) Pérdida de energía

- Tengo tanta energía como siempre
- Tengo menos energía que de costumbre
- No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas
- No tengo suficiente energía para hacer nada

16) Cambios en el sueño

- No he notado ningún cambio en mi sueño
- Duermo algo más que de costumbre
- Duermo algo menos que de costumbre
- Duermo mucho más que de costumbre
- Duermo mucho menos que de costumbre
- Duermo la mayor parte del día
- Me despierto 1-2 horas antes y no puedo volver a dormirme

17) Irritabilidad

- No estoy más irritable que de costumbre
- Estoy más irritable que de costumbre
- Estoy mucho más irritable que de costumbre
- Estoy irritable todo el tiempo

18) Cambios en el apetito

- No he notado ningún cambio en mi apetito
- Mi apetito es algo menor que de costumbre
- Mi apetito es algo mayor que de costumbre
- Mi apetito es mucho menor que antes
- Mi apetito es mucho mayor que de costumbre
- No tengo nada de apetito
- Tengo un ansia constante de comer

19) Dificultades de concentración

- Puedo concentrarme tan bien como siempre
- No me puedo concentrar tan bien como de costumbre
- Me cuesta concentrarme en algo durante mucho rato
- No me puedo concentrar en nada

20) Cansancio o fatiga

- No estoy más cansado/a o fatigado/a que de costumbre
- Me canso o me siento fatigado/a más fácilmente que de costumbre
- Estoy demasiado cansado/a o fatigado/a para hacer muchas de las cosas que solía hacer
- Estoy demasiado cansado/a o fatigado/a para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer

21) Pérdida de interés por el sexo

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
- Estoy menos interesado/a en el sexo que de costumbre
- Estoy mucho menos interesado/a en el sexo ahora
- He perdido totalmente el interés por el sexo

Anexo 7. Inventario de ansiedad de Beck.

Test de Ansiedad BAI

Instrucciones: Este cuestionario está formado por 21 síntomas característicos de la ansiedad. Por favor, lea cada uno con atención, e indique cuánto le ha afectado ese síntoma durante **la última semana, incluido el día de hoy**. Marque la casilla que está a la izquierda de la frase que ha elegido como respuesta a cada una de las afirmaciones del enunciado. Si dentro de un mismo grupo hay más de una frase que considere aplicable a su caso, rodee aquella que haya tenido una mayor frecuencia en la última semana.

Durante la última semana me he sentido...

1) Torpe o entumecido

- En absoluto
- Levemente
- Moderadamente
- Severamente

2) Acalorado

- En absoluto
- Levemente
- Moderadamente
- Severamente

3) Con temblor en las piernas

- En absoluto
- Levemente
- Moderadamente
- Severamente

4) Incapaz de relajarse

- En absoluto
- Levemente
- Moderadamente
- Severamente

5) Con temor a que ocurra lo peor

- En absoluto
- Levemente
- Moderadamente
- Severamente

6) Mareado, o que se le va la cabeza

- En absoluto
- Levemente
- Moderadamente
- Severamente

7) Con latidos del corazón fuertes y acelerados

- En absoluto
- Levemente
- Moderadamente
- Severamente

8) Inestable

- En absoluto
- Levemente
- Moderadamente
- Severamente

9) Atemorizado o asustado

- En absoluto
- Levemente
- Moderadamente
- Severamente

10) Nervioso

- En absoluto
- Levemente
- Moderadamente
- Severamente

11) Con sensación de bloqueo

- En absoluto
- Levemente
- Moderadamente
- Severamente

12) Con temblores en las manos

- En absoluto
- Levemente
- Moderadamente
- Severamente

13) Inquieto, inseguro

- En absoluto
- Levemente
- Moderadamente
- Severamente

14) Con miedo a perder el control

- En absoluto
- Levemente
- Moderadamente
- Severamente

15) Con sensación de ahogo

- En absoluto
- Levemente
- Moderadamente
- Severamente

16) Con temor a morir

- En absoluto
- Levemente
- Moderadamente
- Severamente

17) Con miedo

- En absoluto
- Levemente
- Moderadamente
- Severamente

18) Con problemas digestivos

- En absoluto
- Levemente
- Moderadamente
- Severamente

19) Con desvanecimientos

- En absoluto
- Levemente
- Moderadamente
- Severamente